

**GMINA GRĘBOCICE  
URZĄD GMINY**

ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice  
tel: 76/ 8315 501, fax: 76/ 8315 077  
NIP: 692-22-57-472, REGON: 000539360

**ZARZĄDZENIE NR 122.2018**

**Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 07.08.2018r.**

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora Programu Polityki Zdrowotnej **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”** oraz zatwierdzenia projektu umowy.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2017r. poz. 1875 ze zm.) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48 b, w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.) oraz Uchwały nr XX/79/2015 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 24 listopada 2015 r. w sprawie realizacji „Programu Polityki Zdrowotne dla Gminy Grębocice na lata 2016 - 2020”, zarządzam co następuje.

**§ 1.**

Ustala się szczegółowe warunki konkursu na realizację Programu Polityki Zdrowotnej **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”** w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

**§ 2.**

Ustala się projekt umowy na realizację – Programu Polityki Zdrowotnej **„Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”** wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**WÓJTA GMINY  
GRĘBOCICE**

*mgr inż. Roman Jabłoński*

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 122.2018  
z dnia 07.08.2018r.

## CZEŚĆ I

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU

na realizację Programu Polityki zdrowotnego „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie z art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5, 6, 9 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu jest: <b>Program Polityki Zdrowotnej „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”</b> <b>cel:</b> Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną szczepień osób od 60do 64 roku życia. Szacunkowo do programu przystąpi do 120 osób. Celem programu będzie: zapobieganie infekcji i ciężkiemu przebiegowi choroby oraz powikłaniom m.in. związanym z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu oddechowego, zaburzeniami neurologicznymi, niewydolnością nerek, zapaleniu mięśnia sercowego i osierdzia oraz powikłaniami mogącymi zakończyć się zgonem, - zwiększenie odporności wśród zaszczepionych osób, - dotarcie do jak największej grupy beneficjentów poprzez edukację prozdrowotną, badanie lekarskie i szczepienie a także wyznaczenie osób z przeciwwskazaniami do szczepień i ocena stanu zdrowia badanej populacji. <b>Odbiorcami programu będą osoby od 60 roku życia (rocznik 1954 do 1958 i starsze – pierwszeństwo osób po 60 do 64 r. ż. z chorobami przewlekłymi oraz z grup ryzyka)</b> <b>– zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu, na terenie gminy Grębocice,</b>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.),które, świadczą usługi w zakresie

	zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Urząd Gminy Grębobocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej pok. Nr 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice <b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 27.08.2018r. od poniedziałku do czwartku w godz. od 7.30 do 15.30 oraz w piątek od 7.30 do 14.00</b>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizację: Programu Polityki Zdrowotnego „ <b>Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębobocice od 60 roku życia</b> ” - <b>Nie otwierać przed terminem Posiedzenia Komisji Konkursowej</b> , zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia 27.08.2018r. do godziny 10.00 pok. nr 1 (Centrum Obsługi Mieszkańca) ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	Otwarcie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, które powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert określony w ogłoszeniu o konkursie w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębobocice, pok. 19, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębobocice.
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej po posiedzeniu Komisji w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otwarcia ofert. Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizatora Programu Polityki Zdrowotnej „ <b>Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębobocice od 60 roku życia</b> ” Program będzie realizowany do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do 31.10.2018r.
11. Zastrzeżenia zamawiającego	1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane. 2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny.

## CZĘŚĆ II

### FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI

**PROGRAMU:** .....

1. Oferent (pełna nazwa)

.....  
.....  
.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax. oferenta

.....  
.....

3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (telefon kontaktowy)

.....  
.....

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....  
.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....  
.....

6. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu)

.....  
.....

7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

.....

## **Program polityki zdrowotny:**

**„Promocja zdrowia w profilaktyce  
szczepień ochronnych przeciwko grypie  
dla mieszkańców gminy Grębocice od 60  
roku życia”**

## 1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

### a. Problem zdrowotny

.....

### b. Epidemiologia

*(krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia – wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych, gminy lub powiatu, województwa )*

.....

.....

### c. Populacja do, której kierowany jest program (charakterystyka i liczba uczestników programu)

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – .....

- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany:

.....

### d. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego objętego programem wraz ze wskazaniem, czy działania programu mają uzupełniać dostępne świadczenia.

.....

### e. Zasadność potrzeby wdrażania programu

.....

.....

## 2. CELE PROGRAMU

### a. Cel główny programu:

.....

**b. Cele szczegółowe programu:**

.....

**c. Oczekiwane efekty wynikające z realizacji programu:**

.....

**d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.**

*- ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka)*

.....  
.....  
.....  
.....

**3. ADRESACI PROGRAMU (populacja programu)**

**a. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt c)**

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – .....

Szacunkowa liczba osób, które przystąpią do programu – ok. .... uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....  
.....

Przy kwalifikacji osób do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu dzieci spełniających kryteria kwalifikacji.

**b. Tryb zapraszania do programu.**

.....  
.....

#### 4. ORGANIZACJA PROGRAMU

##### a. Części składowe programu - Etapy wdrażania programu:

.....  
.....

##### b. Planowane interwencje.

.....

Produkt leczniczy zastosowany w programie to szczepionki:  
(Podać wszystkie szczepionki jakie zostaną w programie wykorzystane)

- szczepionka .....

Zasady wyboru preparatu, który zostanie w programie zastosowany:

.....

##### c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

.....  
.....

##### d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

.....  
.....

##### e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

.....  
.....

##### f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Zakończenie udziału w programie – .....

.....



**g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

W programie zostaną użyte następujące szczepionki:

.....

Działania niepożądane:

.....

Zobowiązania wykonawcy;

- Wykonawca programu zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych,

**h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:**

**Koordinator programu - .....**

Kwalifikacje: *wykształcenie – specjalność, ukończone szkolenia*

.....

Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie *-prawo wykonywania zawodu pielęgniarki ( inne jeśli są wymienić jakie)*

.....

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

Warunki niezbędne do realizacji świadczeń:

Odpowiednio przystosowane zaplecze:

.....

.....

**i. Dowody skuteczności planowanych działań.**

- *opinie ekspertów klinicznych na temat planowanych w programie działań, (podać dowody skuteczności),*
- *powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,*
- *dowody skuteczności działań, analizy*

.....

.....

(Wskazane jest załączyć do oferty programowej

## 5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

a. Koszty całkowite - .....

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

Lp.	Usługi medyczne	Ilość osób WARTOŚĆ W ZŁ.
1.		.....zł.
2.		.....zł.
Razem		.....zł.

b. Koszt jednostkowy - .....

c. Źródła finansowania programu – środki finansowane z .....

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

.....  
.....

Wybierając program szczepień samorząd

kierował się .....

.....

## 6. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

Wykonawca programu przedstawi po realizacji, na arkuszu ewaluacyjnym:

a. Ocena zgłaszalności do programu – liczba ..... % populacji do której program jest kierowany,

b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka),

.....

c. Ocenę efektywności programu (*liczba zachorowań na grypę, liczba i rodzaj powikłań na grypę, liczba hospitalizacji oraz wizyt ambulatoryjnych w populacji, do której skierowany jest program*)

.....

Inne.....

## **7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU**

.....

Załączniki i ewentualne referencje:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

Wymagane załączniki do oferty:

Oferty powinny zawierać:

**Oferta powinna zawierać:**

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu,
- warunkami umowy,
- oświadczenie o przechowywaniu dokumentacji medycznej uczestników programu przez okres 5 lat,
- oświadczenie, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami oraz to, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- **Oświadczenie, o wypełnieniu obowiązków informacyjnych przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\*) wobec osób fizycznych**,
- wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.).
- kopię zaświadczenia NIP;
- kopię zaświadczenia REGON;
- kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,

**Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;**

## KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Grębocice, ul. Głogowska 3, 59 – 150 Grębocice.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Gminie Grębocice jest Pan Tomasz Wadas *kontakt*: : iodo@nsi.net.pl tel. (+48) 76 835 88 01.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie:

Realizacja programu Polityki Zdrowotnej „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”

nr sprawy RO.8010.14.2018 prowadzonym w trybie konkursu ofert;

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w celu realizacji ustawowych zadań Gminy Grębocice związanych z ogłoszonym konkursem ofert *na realizację Programu Polityki Zdrowotnej „Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia”*

*Nr sprawy: RO.8010.14.2018* na podstawie art. 14 ust. 1 w związku z art. 2 pkt 3 i 4 art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz wewnętrznych regulacji.

5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy
- Nr sprawy RO.8010.14.2018

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO.

Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.

Składamy niniejszą ofertę konkursową we własnym imieniu.

.....  
*Podpis osoby zobowiązanej do przekazania obowiązku informacyjnego*

Projekt

**UMOWA NR .....RO.OZ. .... . 2018**

zawarta dnia ..... pomiędzy Gminą Grębocice, w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

.....

reprezentowanym przez:

- .....

zwanego dalej **REALIZATOREM**, o następującej treści:

§1.

**1. REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice Programu Polityki Zdrowotnej pt. „**Promocja zdrowia w profilaktyce szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Grębocice od 60 roku życia**” za kwotę, która nie przekroczy .....**zł. brutto** słownie:

( ..... zł. 0/100 brutto ).

**2. Oferta programowa REALIZATORA** programu stanowi integralną część umowy.

**3. REALIZATOR** programu jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o planowanej realizacji programu.

§2.

Program będzie realizowany od ..... do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do .....

§ 3.

**1. Jednostkowy koszt realizacji programu** przypadający na jednego uczestnika programu wynosi ..... zł.

2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych ..... osób.
3. Określenie populacji uprawnionych do świadczeń zdrowotnych i zasady organizacji programu znajdują się w ofercie stanowiącej integralną część umowy.

#### § 4.

1. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
2. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO**.
4. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
5. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1 ust. 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

#### § 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacona przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia faktury/rachunku.
2. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1 i przedłożenia każdorazowo wraz z fakturą/rachunkiem, sprawozdania opisowego.
3. Sprawozdanie powinno zawierać:
  - a) ilość osób objętych programem,
  - b) rodzaj wykonywanej usługi,
4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu programu, w terminie 14 dni od wpływu faktury/rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia rozliczenia - „Sprawozdanie z oceną wykonania zadania”, zrealizowanego w 2018r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy.

#### § 6.

1. Umowa może zostać przez **ZAMAWIAJĄCEGO** rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania.
2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy **REALIZATOR** zapłaci **ZAMAWIAJĄCEMU** karę umowną zgodnie z kodeksem cywilnym.



§ 7.

**REALIZATOR** nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9.

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje **ZAMAWIAJĄCY**, jeden otrzymuje **REALIZATOR**.

**ZAMAWIAJĄCY**

**REALIZATOR**

Załącznik  
do umowy nr .....2018  
z dnia .....

## SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA ZADANIA

.....  
.....  
Nazwa Zadania

określonego w umowie nr ....., zawartej w dniu .....

Dane realizatora programu:

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program.....
  2. Dokładny adres jednostki.....
  3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację.....
  4. Czas realizacji programu.....
  5. Charakterystyka populacji objętej programem.....
  6. Liczba osób, które skorzystały z programu.....
- Ogólna liczba objętych programem .....

### Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

7. Główny cel programu.

.....

8. Cele szczegółowe programu.

.....

Które z ww. celów szczegółowych zostały zrealizowane, a których nie zrealizowano i dlaczego?

.....

.....

### Analiza statystyczna:

9. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Wykaz imienny	Kwalifikacje

10. Zakres zrealizowanych zadań programowych

Liczba przyjętych pacjentów i udzielonych świadczeń w ramach programu:

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników
Badania .....	
Szczepienia .....	
Inne .....	

### 11. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

a. Ocena zgłaszalności do programu – .....

b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka).

.....

c. Ocena efektywności programu (np. liczba zachorowań na grypę, liczba i rodzaj powikłań na grypę, liczba hospitalizacji oraz wizyt ambulatoryjnych w populacji, do której skierowany jest program):

.....

.....

12. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej :

.....  
Sposób przeprowadzenia akcji informacyjno- reklamowej skierowanej do adresatów programu: .....

13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:

.....  
.....

#### 14. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

Zestawienie faktur (rachunków)

L.p.	Numer Faktury/rachunku	Data wystawienia	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

- ogólny koszt programu .....

- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie .....

- wykorzystanie środków finansowych w zł. w % .....

15. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.

.....

16. W przypadku kiedy kwota nie została wykorzystana w całości podać powód.

.....

Załączniki:

1. ....

2. ....

Oświadczam (my), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny podmiotu,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.

.....  
Pieczęć podmiotu realizującego  
program